



DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL DU PATIENT

En application de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom : _____ Nom de naissance : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Numéro de téléphone : _____ Adresse mail : _____

NATURE ET MOTIF DE LA DEMANDE

L'ensemble des informations contenues dans votre dossier peut être consulté ou communiqué. Néanmoins, il ne vous est pas forcément nécessaire d'accéder à l'ensemble des dossiers. Afin de répondre précisément à votre demande, veuillez préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez avoir accès.

Je fais la demande :

A mon nom

Au nom d'un tiers :

Nom : _____ Nom de naissance : _____
Prénom : _____ Date de naissance : _____

Parent d'un mineur

Tuteur

▪ Vis-à-vis de cette personne, je suis le **représentant légal** :

▪ Vis-à-vis de cette personne décédée je suis l'**ayant-droit** :

Conjoint

Concubin

Pacsé

▪ Vis-à-vis de cette personne, je suis :

Mandataire

Nature de la demande :

1^{ère} demande

Demande renouvelée

Services	Périodes	Types de prises en charge	
		Hospitalisation	Consultations Externes
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pièces du dossier souhaitées :

Dossier complet ou :

Compte-rendu d'hospitalisation

Compte-rendu opératoire

Dossier d'anesthésie

Compte-rendu de passage aux urgences

Compte-rendu d'imagerie

Compte-rendu de consultation (précisez la spécialité) : _____

Autres (précisez) : _____

Motif de la demande (à préciser obligatoirement, conformément à la réglementation) :

Connaître les causes de la mort

Défendre la mémoire du défunt

Faire valoir des droits (préciser) : _____

J'explique ma demande comme suit : _____



MODALITES DE REMISE DU DOSSIER

- Consultation sur place** : seul en présence du médecin de l'établissement
 en présence d'un médecin de votre choix

(Vous serez contacté afin de convenir d'un rendez-vous).

- Envoi postal avec accusé réception à** : (nom, prénom, adresse complète) :

- Envoi postal avec accusé réception au Docteur** (nom, prénom, adresse complète) :

- Retrait du dossier** sur place. Venir avec pièce d'identité.

(Vous serez contacté afin de convenir d'un rendez-vous).

JUSTIFICATIFS A FOURNIR

Dans tous les cas

- Copie de votre pièce d'identité recto verso
- **Si vous êtes représentant légal d'un mineur** :
 - Copie du livret de famille ou de l'extrait de naissance
 - En cas de divorce, copie du jugement attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale
- **Si vous êtes tuteur** :
 - Copie du jugement de tutelle
- **Si vous êtes ayant droit** :
 - Copie du certificat d'hérédité ou du livret de famille
 - En cas de patient décédé, copie du certificat de décès
- **Si vous êtes mandataire** :
 - Copie du mandat

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Madame Monsieur

Nom : _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- Accepte de prendre en charge les frais de reproduction **dans le cas d'un renouvellement de demande (0,18 € la page, format A4)**
- Accepte de prendre en charge (selon le tarif en vigueur) les frais d'envoi postaux des documents (recommandé avec avis de réception).

Fait à

le

Signature du demandeur